DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.02.024

原发性胃肠道非何杰金氏淋巴瘤52例分析

徐纬中 于世远（第二附属医院 消化内科）

王正万（第一附属医院 血液内科）

胃肠道是恶性淋巴瘤淋巴结外好发部位之一，原发性胃肠道恶性淋巴瘤系指起源于胃肠道粘膜下层的淋巴组织的恶性肿瘤，1961年Dawson等提出其诊断标准[1]。我院自1964～1985年共收治符合Dawson等诊断标准的原发性胃肠道恶性淋巴瘤52例（其中经手术病理证实51例，尸解证实1例），兹报道于后：

临床资料分析

一、性别和年龄 男36例，女16例，男女之比为2.25:1。年龄4～69岁，平均40.5岁。

二、病变部位 大肠18例（34.6%）、胃15例（28.8%）、小肠13例（25%）及多部位6例（11.5%）。

三、症状和体征 因病变部位不同而略有差异。见表1、表2。

四、病理类型 按1985年5月“成都方案”[2]将现尚保存良好的45例病理切片重新复查分类如下。见表3。

表1 病变部位和症状

病变部位	例数	症状（%）									
		腹痛	体重减轻	发热	腹泻或大便习惯改变	纳减	恶心呕吐	呕血	黑粪	便血	返酸嗳气
大肠	18	16(88.9)	5(27.8)	10(55.6)	12(66.7)	7(38.9)	6(33.3)	—	1(5.6)	6(33.3)	—
小肠	13	12(92.3)	8(61.5)	7(53.8)	9(69.2)	7(53.8)	8(61.5)	—	—	1(7.7)	1(7.7)
胃	15	15(100)	9(60)	8(53.3)	2(13.3)	8(53.3)	11(73.3)	2(13.3)	3(20)	—	12(80)
多部位	6	6(100)	5(83.3)	5(83.3)	5(83.3)	5(83.3)	2(33.3)	—	1(16.7)	1(16.7)	2(33.3)
合计	52	50(96.2)	27(51.9)	30(57.7)	28(53.8)	27(51.9)	27(51.9)	2(3.8)	5(9.6)	8(15.4)	15(28.8)

表2 病变部位、体征和并发症

病变部位	例数	体征（%）			并发症（%）				
		压痛	腹块	贫血	肠穿孔	弥漫性腹膜炎	肠套叠	肠梗阻	幽门梗阻
大肠	18	12(66.7)	11(61.1)	9(50)	2(11.1)	2(11.1)	5(27.8)	4(22.2)	—
小肠	13	8(61.5)	10(76.9)	7(53.8)	5(38.5)	5(38.5)	4(30.8)	1(7.7)	—
胃	15	12(80)	7(46.7)	10(66.7)	—	—	—	—	3(20)
多部位	6	6(100)	4(66.7)	5(83.3)	1(16.7)	1(16.7)	1(16.7)	—	—
合计	52	38(73.1)	32(61.5)	31(59.6)	8(15.4)	8(15.4)	10(19.2)	5(9.6)	3(5.7)

讨论

一、原发性胃恶性淋巴瘤 共15例，男9例，女6例。平均年龄47.5（21～64）岁。症状出现至就诊时间3周～16年，平均35.3月。

病变范围较广泛，多数侵犯二个以上解剖部位，有3例侵犯全胃。病理分型：复查的12例中，无裂细胞性7例，裂细胞性、多形细胞性各2例，小淋巴细胞性1例。

临床症状以上腹痛最常见（100%），

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

表3 病理类型（45例）

病理类型	大肠	小肠	胃	多部位	共计	%
小淋巴细胞性	5	1	1	1	8	17.8
裂细胞性(滤泡型)	1	0	0	0	1	2.2
裂细胞性	1	3	2	0	6	13.3
裂-无裂细胞性	0	0	0	1	1	2.2
无裂细胞性	8	7	7	2	24	53.3
淋巴母细胞性						
曲核	0	1	0	0	2	4.4
非曲核	1	0	0	0		
多形细胞性	0	1	2	0	3	6.7

余为返酸嗳气(80%)、恶心呕吐(73.3%)、体重减轻（60%）、发热（53.3%）及纳减(53.3%)等，呕血及/或黑粪者占33.3%。腹痛以上腹隐痛、胀痛为主，无一定规律性。1例胃液分析呈低酸状态（总酸18～36单位，游离酸14～24单位）。主要体征有上腹压痛（80%）、贫血（66.7%）和腹块（46.7%）。

作胃肠钡餐者8例，主要表现胃有多个大小不等的息肉样充盈缺损、浅表龛影、粘膜粗大紊乱等。有2例X线拟诊为胃恶性淋巴瘤，余诊断为胃新生物或胃癌。作胃镜检查者5例，表现为单发或多发粘膜浸润突起，表面充血、出血、糜烂，有大而浅的溃疡形成；粘膜粗大，表面不光滑，色泽苍白。1例活检可肯定诊断为胃恶性淋巴瘤，余4例诊断为胃恶性肿瘤、恶性淋巴瘤可能或倾向于恶性淋巴瘤、未分化癌待排。

本病的诊断甚为困难，本组15例入院诊断全为胃癌或溃疡恶变。其临床症状无特征性，但如上腹疼痛伴有发热、体重减轻显著[3]；酷似胃癌但年龄较轻、病程较长、梗阻和贫血不显、全身情况较好[4]；返酸较明显、胃液内尚含有正常浓度之游离酸时[5]；应考虑胃恶性淋巴瘤。胃肠钡餐检查病变多较广泛，常累及二个以上解剖部位，典型的可见多数圆形不规则充盈缺损，如“鹅卵石样”，其他如多发性恶性溃疡，位于胃壁或小弯侧的大而浅的溃疡，充盈缺损或龛影周围明显肥大的粘膜皱襞，胃壁增厚、僵硬、但蠕动尚能通过，肿块较大而胃外形变化不明显、亦不引起梗阻、全身情况相对较好[4]，特别往往多种形态同时存在时，则应想到胃恶性淋巴瘤可能。确诊需纤维胃镜检和活体组织检查。其胃镜下表现为局限或多发性粘膜下浸润肿物，表面常有糜烂、出血和坏死，周围粘膜可出现粗大皱襞或多发性浅表溃疡[4]。但由于胃恶性淋巴瘤主要为粘膜下病变，其活检的阳性率不如胃癌高，加之活检组织小，有时不易与未分化胃癌区别。故对可疑病例，应争取早作剖腹探查，如为恶性淋巴瘤，即使肿块较大、与周围有粘连，也应力争作根治术或肿瘤切除，以改善其预后。

二、原发性小肠恶性淋巴瘤 共13例，男9例，女4例。平均年龄40.9（5～67）岁。症状出现至就诊时间2天～10年，平均12.9月。

病变部位以末端回肠最多见，共9例，余为回肠2例，空肠、回肠及空肠各1例。病理分型：复查的13例中无裂细胞性7例，裂细胞性3例，小淋巴细胞性、淋巴母细胞性（曲核）和多形细胞性各1例。

临床症状以腹痛最常见（92.3%），余为腹泻或大便习惯改变（69.2%）、体重减轻（61.5%）、恶心呕吐（61.5%）、发热（53.8%）和纳减(53.8%)等。腹块（76.9%）、腹部压痛（61.5%）和贫血(53.8%)为主要体征。本组病例并发肠穿孔、弥漫性腹膜炎者较多，分别各占38.5%，肠套叠占30.8%。腹痛多位于右下腹或脐周，多为隐痛。1例回肠末端恶性淋巴瘤完全无痛，因右下腹触及16×10×8cm³质硬、结节状、边界清楚、活动度大之包块，疑回盲部癌入院。腹部包块（76.9%）为主要体征。

作胃肠X线检查者3例，2例有典型肠

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

套叠表现，其中1例几有6组小肠轻度扩张、钡剂游积表现；1例回盲部充盈不良、回肠末端有激惹征、粘膜紊乱。

本组入院诊断仅1例疑为淋巴肉瘤，余皆误诊为急性弥漫性腹膜炎、胃、肠、阑尾穿孔，肠道肿瘤、癌、结核，局限性肠炎等，1例误诊为胆囊炎、胆石症并胆囊积液。

小肠恶性淋巴瘤诊断更为困难，其原因可能有：1.临床表现多种多样，尹朝礼等归纳为腹块型、急腹症型、腹膜炎型、腹腔结核型、其他（肠出血型和黄疸型）等五种类型[6]；2.本病好发于回肠末端及回盲部，此处好发其他疾病，使临床鉴别发生困难；3.缺乏有效的检查方法。小肠X线检查，特别是气钡双重对比，64%的患者有异常发现，Marshak对小肠淋巴瘤的X线表现归纳为：1.多部位小结状缺损；2.小肠动脉瘤样扩张（浸润型）；3.肠套叠（息肉型）；4.因肿瘤向腔内或肠壁深处生长形成有大溃疡的凹陷；5.肠系膜淋巴结肿大形成肠腔外大肿块并引起淋巴回流障碍。65%表现为多变性[7]。但往往只能作出小肠肿瘤的诊断，难以定性。纤维小肠镜及结肠镜检虽可能获得确诊的病理组织学依据，但往往难以理想的抵达病变部位。故对可疑病例，特别对原因不明的持续性下腹疼痛伴有发热，中下腹部触及肿块伴有或不伴有其他症状（消化道出血、肠梗阻），腹痛及/或腹泻、短期内体重下降明显，有或无消化道症状、近期内出现原因不明的贫血、大便潜血持续阳性，而上消化道钡餐、钡盐灌肠及胃、结肠纤镜检查阴性，突发性肠穿孔或继不全梗阻基础上的穿孔性腹膜炎[8]，应争取早期剖腹探查。

三、原发性大肠恶性淋巴瘤

共18例，男14例，女4例。平均年龄32.5（4～69）岁。症状出现至就诊时间1天～10年，平均10.5月。

病变部位以回盲部、盲肠最多，共8例，盲肠、升结肠1例，升结肠4例，横结肠中部、乙状结肠中部、直肠中上部1例，降结肠1例，直肠2例，1例位于结肠、部位记载不详。病理分型：复查的16例中无裂细胞性8例、小淋巴细胞性5例、裂细胞性（滤泡型）、裂细胞性及淋巴母细胞性（非曲核）各1例。

临床表现以腹痛最多见（88.9%），腹痛部位随病变侵犯部位而异，多为隐痛或胀痛。有腹泻或大便习惯改变者66.7%，发热55.6%、其中大于39℃者占60%，便血33.3%。腹部压痛（66.7%）、腹块（61.1%）、贫血（50%）为主要体征。发生穿孔引起弥漫性腹膜炎者2例，分别位于升结肠肝曲和降结肠。发生肠套叠5例，4例位于回盲部和盲肠，1例位于升结肠。

作胃肠X线检查者5例，发现典型肠套叠征象者3例，充盈缺损3例，粘膜破坏、紊乱、肠壁僵直、动度减弱1例，5～6组小肠有钡剂淤积2例。作内镜检查者3例，发现直肠内有多个大小不等的结节状突起，2例活检为恶性淋巴瘤小淋巴细胞性，1例为炎性肉芽纤维组织伴明显坏死。

本组除2例入院诊断考虑到恶性淋巴瘤外，余多误诊为结肠肿瘤、结肠癌，个别误诊为肠结核、局限性肠炎或阑尾周围脓肿。本病好发于回盲部，据报道回盲部恶性淋巴瘤占回盲部疾病之4.4%，次于癌、结核及局限性肠炎[9]。其临床症状无特征性，常见的有腹痛、发热、便血及腹块，结合本组资料，若发病年龄较轻、高热、腹块较大而全身情况尚好者要考虑大肠恶性淋巴瘤。X线多酷似癌，如钡盐灌肠发现粘膜下多个隆起，或见有溃疡的巨大肿块累及一段结肠，或见肠壁僵硬而肠腔不狭窄或稍狭窄而粘膜完整则要想到大肠恶性淋巴瘤[10]。纤维结肠镜检查多可在手术前确诊，但活检阴性也不要轻易否定。对可疑病例，亦要争取早行剖腹探查。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n

四、部位

本组病变多部位者6例，5例同时侵犯小肠和大肠，1例还累及胃，病变范围广泛，症状较重，多兼有几个器官受累的表现。

五、治疗

本病的治疗以根治性肿瘤切除，术前后酌情辅以放疗及/或化疗，为延长生存率最有效的方法，国内外皆有存活20年以上的报道[3][11]。本组病例住院期间死亡9例，占17.3%，余未能及时追踪观察，故疗效难以评定。

参考文献

1. Dawson IMP, et al. Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. Br J Surg 1961;62(49):80
2. 第四届全国淋巴瘤学术座谈会技术组。非何杰金氏淋巴瘤工作分类方案及诊断指标（修订）。内部资料，1985年
3. 王申生，等。原发性胃肠道恶性淋巴瘤42例分析。中华消化杂志1981；1(3)：161
4. 《实用肿瘤学》编辑委员会。胃恶性淋巴瘤。实用肿瘤学第2册，第1版，北京：人民卫生出版社 1979：7
5. 郭绍纶，等。胃性恶淋巴瘤。中华放射杂志1957；5(3)：223
6. 尹朝礼，等。原发性胃肠道恶性淋巴瘤80例分析。新医学1983；14(8)：403
7. 庞玉滨。原发性小肠恶性淋巴瘤。国外医学肿瘤学分册1981；(1)：4
8. 宋爱华，等。原发性小肠非何杰金氏淋巴瘤26例临床分析。中华消化杂志1985；5(3)：157
9. 张万岱，等。回盲部疾病专题座谈会记要。解放军医学杂志1985；10(5)：321
10. 《实用肿瘤学》编辑委员会。大肠恶性淋巴瘤。实用肿瘤学第2册，第1版，北京：人民卫生出版社，1979：101
11. 汪振源。胃原发性恶性淋巴瘤。国外医学肿瘤学分册1981；(2)：60

摘要

生物素标记HBVDNA探针在肝石蜡切片上作原位杂交技术的初步研究

李奇芬　王慧芬　吴纯清　（第一附属医院　传染科）

朱纯吾　张士敏　（解放军302医院　病理科）

韩凤莲　曹　阳　（解放军302医院　免疫室）

应用生物素标记探针的原位杂交技术，检测肝石蜡切片上HBVDNA，国内尚未见报道。本文用美国Enzo Biochem公司生产的生物素标记HBVDNA探针，成功地用原位杂交技术，观察了75例慢性乙型肝病患者肝石蜡切片上HBVDNA的定位和形态。

操作步骤参照M. Rijntjes方法，并作部分修改。简述如下：肝切片常规脱蜡至80%酒精→去内源酶→0.2N HCl，20′→链霉蛋白酶消化→0.2%甘氨酸-PBS→4%多聚甲醛→0.2%甘氨酸-PBS→Denhardt液→GCA液(Gelatin-Chrom-Alum液)→滴加含有生物素标记HBVDNA探针杂交液进行杂交，85℃，10′→37℃，2～16 h→50%去离子甲酰胺→0.1% TritonX-PBS→链霉亲和素-生物素化过氧化物酶复合物→DAB呈色→苏木素复染→常规脱水、透明、封片后，光镜下观察结果。

杂交混合液内含：50%甲酰胺，生物素标记HBVDNA探针（5μg/ml）、10%葡聚糖硫酸酯、2×SSC（0.3M NaCl、0.03M醋酸钠）和Carrier DNA（2mg/ml）。

结果共检出HBV-DNA25/75例（33.33%）。其中：CPH2/7例、CAH10/21例、肝硬化0/3例，SFH 4/11例、无症状HBsAg携带者4/21例、HCC5/12例。各组间阳性率无统计学意义。HBV DNA经DAB呈

（下转212页）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.n